

担当	氏名	名古屋 太郎
	電話	052-972-0000
	FAX	052-972-△△△△

(加算参考様式1-1)

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用> <記載例>

令和 7 年 7 月 00 日

(宛先) 名古屋市長

所在地 名古屋市中区三の丸〇丁目〇番〇号

名称 株式会社なごや

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称	イリョウホウジン 医療法人なごや				
	主たる事務所の所在地 (郵便番号 46× - 〇〇〇〇) 愛知 県 名古屋 郡市 中区三の丸三丁目〇番〇号 (ビルの名称等)					
施設 事業所・ 施設の 状況	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	名古屋 二郎	
	フリガナ 事業所・施設の名称	カイゴロウジンホケンシセツ 介護老人保健施設なごや				
事業所・ 施設	事業所・施設の所在地 (郵便番号 46× - ●●●●)	愛知 県 名古屋 郡市 中区三の丸三丁目〇番△号				
	連絡先	電話番号	052-972-0000	FAX番号	052-972-△△△△	
届出を行う 事業所・ 施設の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護		平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年8月1日	
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防短期入所療養介護		平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年8月1日		
介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人保健施設		平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年8月1日	
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号		2 3 6 0 6 △ △ △ △ △				
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
				室料相当額控除 該当		
関係書類		別添のとおり				

- 備考1 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。
 2 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。